



Inmunización



Registro de informes

Todas las secciones requeridas

Practice Name:			
Ordering Provider:		Administering Provider:	
Información del paciente:			
Nombre del paciente (último, primero):		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Dirección del paciente:		DOB: //	Si es menor de 18 años, el padre / tutor debe firmar a continuación
		Etnia: <input type="checkbox"/> Hispanos <input type="checkbox"/> no hispanos	
Ciudad, Estado, Código Postal:			
RAZA – Seleccione todos los que aplican: <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> African American/Black <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otros (especificar):			

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

¿Tiene una discapacidad física? Sí No

Información sobre la vacuna contra el COVID: Por favor, imprima

Vaccine Date (MM/DD/CCYY)	Manufacturer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vaccine Expiration Date (MM/DD/CCYY)	Lot Number
<input type="text"/>	<input type="text"/>
VIS/EUA Date (MM/DD/CCYY)	Site (Check One): RD ___ LD ___ RA ___ LA ___ LA ___ LT ___
<input type="text"/>	Route (Check One): IM ___ TI ___ Id. ___ NS ___ OP ___ SC ___

Complete la siguiente sección y firme después de haber hablado con el médico.

Vacuna a administrar: Primera inyección de vacuna Segunda vacuna vacuna Tercera vacuna vacuna

Un círculo relleno al lado de la vacuna (arriba) y mi firma (abajo) significa que me han proporcionado una copia de la Declaración de información sobre la vacuna correspondiente y que he leído, o me han explicado, información sobre la enfermedad y la(s) vacuna(s). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios expuestos en la declaración recibida y pido que se dé la vacuna, tal como está marcada.

Firma: _____ Nombre del firmante: _____

Paciente si es paciente menor de 18 años: Padre Tutor

Imprimir claramente

Cuestionario de detección para la vacunación contra la COVID-19 2020

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón, no deberíamos darle la vacuna contra el COVID-19 2020 hoy. Si usted responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que usted o su hijo no deban vacunarse. Simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pregúntele a su médico.

Por favor, marque las casillas correspondientes a continuación.

Edad del paciente: _____

	Sí	No	No sé
1. ¿Te sientes enfermo hoy?			
2. ¿Alguna vez has recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19?			
<ul style="list-style-type: none"> • En caso afirmativo, ¿qué producto de vacuna recibió? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen Otro producto: _____			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a: (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que CAUSÓ urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).			
<ul style="list-style-type: none"> • Un componente de la vacuna contra el COVID-19, incluyendo uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia • Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas con película y esteroides intravenosos • Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19 			
4. ¿Alguna vez has tenido una reacción alérgica a otra vacuna (queno sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que requirió tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que le hizo ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de las 4 horas que causó urticaria, hinchazón o dificultad respiratoria, incluyendo sibilancias).			
5. Revisa todo lo que se aplica a ti			
<input type="checkbox"/> Soy una mujer entre 18 y 49 años			
<input type="checkbox"/> Soy un varón entre las edades 12 y 29 años			
<input type="checkbox"/> Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis			
<input type="checkbox"/> Tuvo una reacción alérgica grave a algo que no sea una vacuna o terapia inyectable, como alergias a alimentos, mascotas, veneno, medicamentos ambientales u orales.			
<input type="checkbox"/> Tenía COVID-19 y fue tratado con anticuerpos monoclonales o suero de convaleciente			
<input type="checkbox"/> Diagnosticado con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19			
<input type="checkbox"/> Tiene un sistema inmunitario debilitado (es decir, infección por VIH, cáncer)			
<input type="checkbox"/> Tomar medicamentos o terapias inmunosupresoras			
<input type="checkbox"/> Tiene un trastorno hemorrágico			
<input type="checkbox"/> Tome un anticoagulante			
<input type="checkbox"/> Tener antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT)			
<input type="checkbox"/> Actualmente estoy embarazada o amamantando			
<input type="checkbox"/> Han recibido rellenos dérmicos			